

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

CASSIA CRISTINA BORGES PALHAS

**Prevalência dos agravos à saúde e sua relação com os fatores
demográficos no município de Canitar - SP**

Dissertação de mestrado apresentada a
Faculdade de Odontologia de Piracicaba,
da UNICAMP para obtenção do título de
Mestre em Odontologia em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

Este exemplar corresponde à versão final
da Tese defendida pela aluna, e orientada
pela Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

PIRACICABA

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

P175p Palhas, Cássia Cristina Borges, 1969-
Prevalência dos agravos à saúde e sua relação com os fatores
demográficos no município de Canitar - SP / Cássia Cristina Borges
Palhas. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Dagmar de Paula Queluz.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Patologia. 2. Prevalência. 3. Indicadores demográficos. I. Queluz,
Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Prevalence of health problems and their relation to demographics in
the city of Canitar - SP

Palavras-chave em Inglês:

Pathology

Prevalence

Demographic indicators

Área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Dagmar de Paula Queluz [Orientador]

Luis Francesquini Júnior

Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Data da defesa: 29-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 29 de Julho de 2011, considerou a candidata CÁSSIA CRISTINA BORGES PALHAS aprovada.

A handwritten signature in purple ink, appearing to be "D. Queluz", written over a horizontal line.

Profa. Dra. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

A handwritten signature in purple ink, appearing to be "S. Sales Peres", written over a horizontal line.

Profa. Dra. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES

A handwritten signature in black ink, appearing to be "L. Franceschini", written over a horizontal line.

Prof. Dr. LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR

DEDICATÓRIA

*O tempo é muito lento para os que esperam,
muito rápido para os que têm medo,
muito longo para os que lamentam,
muito curto para os que festejam.
Mas, para os que amam, o tempo é eterno”*

Willian ShaKespeare

Dedico este trabalho...

*.... à **Deus** e a tudo que ele representa;
....a toda minha família, composta por meus verdadeiros
mestres, modelos reais de perseverança, parceria, dedicação, paciência e ética;
....ao meu pai **Antonio**, que nunca desistiu desse sonho comigo;
....a minha mãe **Conceição** que cuida com todo o carinho e amor dos meus filhos;
....ao meu irmão **Érison**, cunhada **Micheli** e meu querido sobrinho **Vítor Hugo**;
....ao meu esposo **Luiz** que mesmo com todas as nossas dificuldades, sempre me
incentivou;
....e aos meus preciosos filhos, razão de minha vida **Isa, Gi e Pedro**, quantas
vezes a mamãe os deixou com aperto no coração e chorando ia embora para as
aulas, sabendo que era para vocês essa conquista;
....as minhas queridas avó **Rosa** e sogra **D. Maria**;
....e à minha orientadora **Profa. Dra. Dagmar** que teve muita paciência no
decorrer dessa dissertação.*

Agradecimentos

Um coração feliz é o resultado inevitável de um coração ardente de amor.

Madre Teresa de Calcutá

Agradeço...

*Agradeço ao **Senhor Deus Pai, Aquele** que existia antes de todas as coisas, que com seu imenso amor e misericórdia susteve a mim e minha família durante todo esse período em Piracicaba;*

*à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, na pessoa de seu diretor, **Professor Doutor Jacks Jorge Júnior**;*

*ao **Professor Doutor Antonio Carlos Pereira**, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, por sua fidalguia, educação e respeito com que me recebeu, e que se manteve durante todo o meu período em Piracicaba;*

*à minha orientadora **Professora Doutora Dagmar de Paula Queluz**, pelo respeito, confiança, ensinamentos, convivência, profissionalismo, retidão, sinceridade, simplicidade e principalmente pela fraterna amizade. Muito lhe agradeço pelas inúmeras oportunidades de constante crescimento profissional a mim concedidas;*

*à Prefeitura Municipal de Canitar/SP, na pessoa do prefeito municipal, **Sr. Arceu Batista**;*

aos **agentes comunitários e funcionários** da Prefeitura Municipal de Canitar/SP, que muito contribuíram para a realização desse trabalho;

em especial a aluna do mestrado, **Edna Alves**, pela amizade, ajuda, presteza, dedicação, companheirismo e conhecimentos compartilhados durante todo o período na FOP-UNICAMP;

à minha prima **Juliana** que sempre me auxiliou quando solicitada;

à todos os colegas da Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia em Saúde Coletiva;

A **população** do município de Canitar/SP, que colaboraram e possibilitaram a realização da pesquisa;

...agradeço à todos que colaboraram para realização deste trabalho.

Muita gente entra e sai de nossas vidas, mas só os verdadeiros sentimentos deixam impressões em meu coração!!!

*Aprender é a única coisa de que a mente nunca se
cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende*
Leonardo da Vinci

RESUMO

Essa pesquisa tem como objetivo identificar a prevalência dos agravos à saúde e sua relação com os fatores demográficos no município de Canitar/SP. A pesquisa consistiu de toda a população do município, cerca de 1431 residências com 4368 residentes. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário por meio de entrevistas domiciliares realizada pelo pesquisador e por 06 agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Questionário baseado no formulário produzido pelo Ministério da Saúde, denominado Sistema de Informações de Atenção Básica, seguindo os padrões de indicadores da Organização Mundial da Saúde. O questionário foi estruturado com dez questões fechadas aplicadas nas residências, enfocando: aspectos demográficos (gênero, faixa etária, estado civil, religião, escolaridade) e os agravos à saúde e/ou doenças e/ou condição referida que atinjam as pessoas situadas por micro áreas. Após análise estatística descritiva e estimativa (teste *qui-quadrado* com um nível de 5% de significância), os resultados demonstraram que no município de Canitar/SP, há uma semelhança de proporção entre gênero feminino e masculino, com predominância de jovens (até 30 anos), solteiros, católicos e com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto). No município diversas doenças foram identificadas, sendo com prevalência mais alta os residentes com: 12,03% (n=490) deficiência visual (incluído todos os residentes que usam óculos); 11,02% (n=449) com hipertensão; 5,84% (n=238) com doenças respiratórias, sendo que o município é circunvizinho de plantações de cana-de-açúcar, tendo constantemente queima da cana e aviões aplicando veneno; e 3,81% (n=155) com diabetes. 75,61% (n= 3017) da população

buscam atendimento médico na Unidade Básica de Saúde. Conclui-se que o município necessita intensificar as ações desenvolvidas nos projetos e programas voltados para as pessoas acima de 40 anos do gênero feminino, visto que a hipertensão arterial, deficiências visuais e diabetes, acometem mais essa faixa etária e gênero, enquanto a doença respiratória não está associada com gênero e em relação a faixa etária apresenta na faixa etária mais nova e mais velha. Porém há necessidade de desenvolver programas de promoção e prevenção para as faixas etárias anteriores, para prevenir futuros acometimentos pelas patologias. Dessa forma, faz-se necessário cada vez mais investir em promoção e prevenção de saúde visando uma melhora na qualidade de vida da população.

Palavras-chave *: patologia, prevalência, indicadores demográficos.

* Baseada nos Descritores em Ciências da Saúde (www.decs.bvs.br) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

ABSTRACT

This research aims to identify the prevalence of health problems and their relation to demographics in the city of Canitar/SP. The research was done in the total population of the municipality, about 1431 households with 4368 residents. For data collection a questionnaire was used by means of interviews conducted by 01 researcher and 06 community health workers of the Family Health Strategy. Questionnaire based on the form produced by the Ministry of Health, called the Information System of Primary Care, following the patterns of indicators of the World Health Organization. The questionnaire was structured with ten closed questions applied in homes, focusing on: demographics (gender, age, marital status, religion, education) and health problems and/or diseases and/or condition that they reach people at the micro areas. After descriptive statistical analysis and estimation (chi-square with a 5% level of significance), the results showed that the city of Canitar / SP, there is a similarity ratio between female and male, predominantly young (up to 30 years), unmarried, Catholic, and with lower education (elementary school). In the city several diseases have been identified, with prevalence being higher in residents: 12.03% (n=490) visual impairments (included all residents who wear glasses) 11.02% (n=449) with hypertension; 5.84% (n=238) with respiratory diseases, and the municipality is surrounding plantation cane sugar, with sugar cane burning constantly and planes applying poison, and 3.81% (n=155) with diabetes. 75.61% (n=3017) of the population seek medical care in the Basic Health. We conclude that the district needs to intensify actions developed in the projects and programs for people over 40 years

female, whereas hypertension, visual impairment and diabetes, affect more the age and gender as respiratory disease is not associated with gender and age in relation to features in the age group younger and older. But there is need to develop prevention and promotion programs for ages past, to prevent future bouts by pathologies. Thus, it is increasingly necessary to invest in health promotion and disease prevention aimed at an improved quality of life.

Keywords *: pathology, prevalence, demographic indicators.

* Based on Descriptors in Health Sciences (www.decs.bvs.br) of the Regional Library of Medicine (BIREME) of the Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVO	04
3. MATERIAL E MÉTODOS	05
4. RESULTADOS.....	09
5. DISCUSSÃO	19
6. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXOS	31

1. INTRODUÇÃO

As modificações ocorridas no modelo de atenção à saúde, que envolvem a descentralização dos serviços, requerem mecanismos e estratégias que acompanhem as reformas que vêm acontecendo na administração pública.

Com intuito de aproximar os serviços de saúde da população brasileira, o Ministério da Saúde priorizou os Programas de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) a fim de otimizar os recursos e superar o modelo assistencial médico-hospitalar na busca de qualificar as ações de saúde (Atenção Básica, 2011).

Na atenção à saúde é importante conhecer as características da população onde se atua e os fatores de risco e os determinantes do processo saúde-doença, para subsidiar o planejamento, a organização, a tomada de decisões e a avaliação de ações e serviços. Os sistemas de informação contribuem para que os dados se transformem em informação e, posteriormente, em conhecimento para a equipe de saúde.

Com o avanço da municipalização da gestão dos serviços de saúde, decorrente da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve crescente descentralização da produção das informações em saúde. O trabalho das equipes dos programas (PACS e PSF) tem gerado quantidade significativa de dados, de modo que as informações produzidas que eram recolhidas e arquivadas manualmente demonstravam-se insuficientes para o aproveitamento dos dados coletados.

Em 1998 formulou-se um sistema para o gerenciamento das informações produzidas pelas equipes de saúde da família: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este sistema tem como referência uma determinada base populacional e auxilia no planejamento e avaliação das próprias equipes de saúde, unidades básicas e gestores de saúde, frente ao quadro epidemiológico apresentado naquele momento (Atenção Básica, 2011).

O SUS preconiza a todos os brasileiros a universalização do direito à saúde sob a responsabilidade do Estado, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e deu ênfase na descentralização com comando único em cada esfera do governo na participação da comunidade.

O Programa de Saúde Família foi proposto como uma das estratégias para fortalecer e possibilitar a concretização dos princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade; e das diretrizes, descentralização e participação da comunidade (Almeida & Ferreira, 2008).

No Brasil em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) pela Lei 6.259/1975 e Decreto 78.231/1976; e se iniciou a organização da vigilância em nível nacional, com unidade central baseada nos governos estaduais (Guia Vig. Epidemiológica, 2007).

Na primeira metade do século 20, as Doenças Infecciosas Transmissíveis (DST) eram as mais freqüentes causas de mortes. A partir dos anos 60, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) tomaram esse papel. Entre os fatores que contribuíram para essa transição epidemiológica estão: o processo de transição demográfica, com queda nas taxas de fecundidade e natalidade e um progressivo aumento na proporção de idosos, favorecendo o aumento das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias); e a transição nutricional, com diminuição expressiva da desnutrição e aumento do número de pessoas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Somam-se a isso o aumento dos traumas decorrentes das causas externas (acidentes, violências e envenenamentos, etc.).

Canitar está habilitada na Gestão de Atenção Básica desde 1998, conforme as diretrizes da NOB/2006, através da portaria do Ministério da Saúde nº. 2450 de 07/04/1998 – DOU de 08/04/1998 e qualificado para os recursos referentes às ações básicas de Vigilância Sanitária (VISA) através da portaria do Ministério da Saúde nº. 2565 de 04/05/1998, pela Lei Municipal nº 136/99

(Ministério da Saúde, 1991). De acordo com a portaria nº. 2257 em 10/12/2002 foi considerado apto à Gestão Plena Ampliada.

O município de Canitar/SP pertence ao Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS IX), e a região de Ourinhos (Colegiado Gestor Regional - CGR de Ourinhos), composto por 12 municípios.

Em 2008, quando agrupados por capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID), os diagnósticos mais frequentes das internações na Região de Saúde de Ourinhos estiveram relacionados ao Capítulo XV: Gravidez, Parto e Puerpério, seguidos pelas Doenças do Aparelho Circulatório (Capítulo IX) e em terceiro pelas Doenças do aparelho digestivo, diferindo a partir deste da ordem dos diagnósticos no DRS Marília, no Estado e do Brasil (DRS IX, 2008).

No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (ONU, 2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão, doenças respiratórias e outras.

Dessa forma, esta pesquisa identificando as doenças e/ou os agravos à saúde e/ou a condição referida é de relevância para a gestão e deverá servir de base para os processos de “formulação, planejamento, coordenação, controle e avaliação da gestão municipal, como importante estratégia para o aprimoramento do SUS e a necessária institucionalização do plano municipal”.

2. OBJETIVO

Identificar a prevalência dos agravos à saúde e sua relação com os fatores demográficos no município de Canitar - SP.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Aspectos éticos e legais

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UNICAMP para o desenvolvimento de maneira sistemática da coleta de dados necessários, conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sob o protocolo de nº 01/2010 (Anexo 1).

Caracterização do cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Canitar, no centro-oeste do Estado de São Paulo. Localizado a 365 km da capital do Estado de São Paulo, Canitar, como a maioria dos municípios brasileiros, é uma pequena cidade, cuja área é de 57.380 Km², e segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2007) aponta 4368 habitantes, com predomínio na área rural.

O processo de emancipação de Canitar foi iniciado em 1989, com a formação de uma equipe pró-emancipação, que passou a contar com uma Comissão (1991), cuja finalidade era esclarecer a proposta para a população. Com o apoio da comunidade e de parlamentares, o plebiscito realizado em 19 de maio de 1991 oficializou criação do município (Lei nº 7.664, de 30 de dezembro de 1991 promulgada pelo governador da época).

Tendo como via de acesso mais importante a rodovia Raposo Tavares, SP-270, que divide o município em norte e sul, a pequena Canitar conta também com uma vicinal (Gabriel Ligeiro) e com a antiga ferrovia da FEPASA, atual América Latina Logística (ALL). Formada por vários bairros adjacentes, a cidade é também sede de uma Usina de álcool e Açúcar Comanche, da Atual Pré-moldados, Fertipar Fertilizantes Ltda. e de um comércio modesto, além de outros serviços básicos. A agricultura, com predomínio do cultivo da cana-de-açúcar, café, milho e arroz, ainda é a principal atividade.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,738 médio (PNUD/2000), o Produto Interno Bruto (PIB) é de R\$ 19.077 mil (IBGE, 2005) e o

PIB per capita é de R\$ 4.615,00 (IBGE, 2005) são alguns indicadores que representam as precariedades comuns a tantos outros municípios do Brasil. Nas duas edições do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), Canitar classificou-se no Grupo 5, que reúne municípios com baixos níveis de riqueza, escolaridade e longevidade. Seus índices são inferiores às médias estaduais, ainda que tenham evoluído ligeiramente nas dimensões sociais (Fernandes, 2005).

Aspectos Demográficos e Condições de Vida

Área total do município	57,38 Km2
<u>Taxa de urbanização – (IBGE)</u>	93,6%
Densidade demográfica (IBGE/2008)	74,82 hab. por Km2
População – (IBGE/2007)	4.368 hab.
População Femenina (IBGE/2007)	2.144
População Masculina (IBGE/2007)	2.224
População menor de 1 ano (API/2008)	107
População de 1 a 4 anos (API/2008)	378
% População idosos (60 anos ou mais)	428
Índice Paulista de Responsabilidade Social (lei Estadual nº 10.765 de 19/02/2009)	Classificado no Grupo 5
Água encanada e tratada (IBGE/2000)	100% domicílios
Coleta de Lixo	100% zona urbana
Esgoto Sanitário (atual)	100% tratado zona urbana

Fonte: SIM 2007, Tabwin 2008

Seleção da amostra

Na presente pesquisa a meta foi trabalhar com toda a população do município de Canitar (conjunto censitária de 100% da população do município), cerca 1431 residências/domicílios com 4368 residentes/habitantes (SIM, 2007; Tabwin, 2008).

O município conta com 06 (seis) micro áreas que são: 1 - Jardim Ipê, Jardim Primavera, Manoel Cabete; 2 – Jardim Primavera; 3 – Centro; 4 – Antonio Bernardo / Jardim das Flores; 5 – Alvorada / CDHU; 6 - Área rural

O município possui até 2009 com 01 unidade de saúde na atenção básica e 01 Estratégia Saúde da Família (PSF).

O município pertence ao DRS IX (Departamento Regional de Saúde) de Marília, e tem vários hospitais de referência, tendo como principais: a Santa Casa de Ourinhos, e o Hospital Regional de Assis.

Tipo da pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico, censitário, transversal.

Coleta dos dados

O instrumento de coleta dos dados foi através da aplicação de questionário por meio de entrevistas domiciliares realizada pelo pesquisador e por 06 agentes comunitários de saúde (ACS) do ESF (Estratégia Saúde da Família), do município de Canitar.

O questionário foi baseado no formulário produzido pelo Ministério da Saúde, denominado Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB); seguindo os padrões de indicadores da OMS (Organização Mundial da Saúde). O questionário foi estruturado com dez questões fechadas aplicadas nas residências/domicílios, enfocando (Anexo 2): aspectos demográficos (gênero, faixa etária, estado civil, religião, escolaridade) e os agravos à saúde e/ou doenças e/ou condição referida que atinjam as pessoas situadas por micro áreas.

O ACS chegando a residência/domicílio da sua micro área solicitava ao responsável pessoas na faixa etária de 0 a 94 anos, sendo que uma pessoa responsável (maior de 18 anos) domiciliada na residência respondeu o questionário (Anexo 2), independente do sexo ou raça.

Não houve critério de exclusão na população. Foram previstos 640 residências/domicílios/mês, sendo que 06 agentes comunitários (que foram previamente treinados e calibrados para a pesquisa). Por definição foi efetuado 05 visitas diárias por cada agente. Estas residências/domicílios foram agrupadas em quadras. Os agentes comunitários realizaram visitas domiciliares diárias durante o desenvolvimento de suas funções, sendo assim, o questionário em questão foi aplicado durante as visitas, não afetando o bom desempenho de suas funções.

Análise estatística

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente através da análise descritiva (frequência, porcentagem, média, desvio padrão) e estimativa - teste do Quadrado para verificar as associações das variáveis demográficas com as doenças e/ou os agravos à saúde e /ou a condição referida, com um nível de 5% de significância. Para melhor compreensão os dados serão representados em tabelas. Todos os testes estatísticos foram realizados pelo programa SAS (2001).

4. RESULTADOS

O município de Canitar em 2008 apresentava a população de 1431 residências/domicílios com 4368 residentes/habitantes. Após a aplicação do questionário foi identificado e analisado 1061 residências/domicílios com 4073 residentes/habitantes em 6 micro áreas do município de Canitar/SP. A perda de dados deveu-se ao motivo dos residentes/habitantes não serem encontrados na residência/domicílio quando da visita pelo pesquisador e agentes comunitários de saúde, visto que foram realizados 3 visitas nas residências que não tinham sido encontrado nenhum morador.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis demográficas por micro áreas da população de Canitar – SP.

Variáveis		Micro áreas						Total n (%)
		Jd. Ipê, Jd. Primavera, Manoel Cabete	Jd. Primavera	Centro	Antonio Bernardo, Jd. das Flores	Alvorada, CDHU	Rural	
Gênero	Masculino	366 (50,48)	280 (47,86)	374 (49,15)	336 (48,35)	503 (52,23)	192 (55,81)	2051 (50,36)
	Feminino	359 (49,52)	305 (52,14)	387 (50,85)	359 (51,65)	460 (47,77)	152 (44,19)	2022 (49,64)
	Total	725	585	761	695	963	344	4073
Faixa Etária	Até 6 anos	78 (10,91)	47 (8,42)	80 (10,84)	89 (14,02)	102 (11,26)	36 (11,58)	432 (11,18)
	7-12 anos	89 (12,45)	83 (14,87)	80 (10,84)	65 (10,24)	154 (17,00)	51 (16,40)	522 (13,51)
	13-18 anos	84 (11,75)	60 (10,75)	53 (7,18)	79 (12,44)	130 (14,35)	43 (13,83)	449 (11,62)
	19-29 anos	144 (20,14)	112 (20,07)	142 (19,24)	120 (18,90)	154 (17,00)	45 (14,47)	717 (18,56)
	30-39 anos	99 (13,85)	81 (14,52)	123 (16,67)	100 (15,75)	151 (16,67)	48 (15,43)	602 (15,58)
	40-49 anos	87 (12,17)	52 (9,32)	72 (9,76)	75 (11,81)	101 (11,15)	29 (9,32)	416 (10,77)
	50-59 anos	72 (10,07)	57 (10,22)	74(10,03)	43 (6,77)	55 (6,07)	36 (11,58)	337 (8,72)
	60 ou mais	62 (8,67)	66 (11,83)	114 (15,45)	64 (10,08)	59 (6,51)	23 (7,40)	388 (10,04)
	Total	715	558	738	635	906	311	3863 *
Estado Civil	Casado	215 (29,66)	210 (36,84)	256 (34,78)	260 (38,92)	316 (33,80)	112 (33,14)	1369 (34,47)
	Solteiro	373 (51,45)	287 (50,35)	355 (48,23)	328 (49,10)	494 (52,83)	165 (48,82)	2002 (50,40)
	Outros	137 (18,90)	73 (12,81)	125 (16,98)	80 (11,98)	125 (13,37)	61 (18,05)	601 (15,13)
	Total	725	570	736	668	935	338	3972 *
Religião	Católicos	460 (63,54)	366 (66,42)	455(63,46)	357 (54,09)	540 (61,22)	268 (80,48)	2446 (63,25)
	Evangélicos	257 (35,50)	179 (32,49)	258 (35,98)	303 (45,91)	341 (38,66)	65 (19,52)	1403 (36,28)
	Outros	7 (0,97)	6 (1,09)	4 (0,56)	0 (0,00)	1 (0,11)	0 (0,00)	18 (0,47)
	Total	724	551	717	660	882	333	3867 *

Escolaridade	Analfabeto	44 (6,75)	22 (4,21)	19 (2,93)	39 (7,16)	51 (6,66)	14 (4,91)	189 (5,53)
	APAE	1 (0,15)	0(0,00)	1 (0,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,06)
	Ensino Fundamental Completo	69 (10,58)	52 (9,96)	56 (8,64)	59 (10,83)	74 (9,66)	33 (11,58)	343 (10,04)
	Ensino Fundamental Incompleto	390 (59,82)	317 (60,73)	339 (52,31)	318 (58,35)	538 (70,23)	187 (65,61)	2089 (61,12)
	Ensino Médio Completo	90 (13,80)	72 (13,79)	129 (19,91)	78 (14,31)	64 (8,36)	30 (10,53)	463 (13,55)
	Ensino Médio Incompleto	39 (5,58)	28 (5,36)	38 (5,86)	42 (7,07)	36 (4,70)	16 (5,61)	199 (5,82)
	Ensino Superior Completo	11 (1,69)	17 (3,26)	56 (8,64)	4 (0,73)	2 (0,26)	4 (1,40)	94 (2,75)
	Ensino Superior Incompleto	8 (1,08)	14 (2,68)	10 (1,54)	5 (0,92)	1 (0,13)	1 (0,35)	39 (1,14)
Total		642	522	648	545	766	285	3418 *

* Dados perdidos: são pessoas que não responderam, ou seja, pessoas que não se encontravam na residência.

Na Tabela 1 podem-se observar as variáveis demográficas por micro áreas. Quanto ao gênero pode-se observar que não há grande variação 49,64% (n=2022) feminino e 40,36% (n=2051) masculino. Quanto à faixa etária houve variação de 0 a 96 anos (Tabela 2) e que 54,87% (n=2120) estão na faixa etária inferior a 30 anos. Quanto ao estado civil, 50,40% (n=2002) são solteiros e 34,47% (n=1369) casados. Quanto a religião, 63,25% (n=2446) da população são católicos. Quanto à escolaridade demonstra que é baixa a escolaridade da população, visto que 61,12% (n=2089) das pessoas possui somente o ensino fundamental incompleto.

Tabela 2 – Média da faixa etária (em anos) por micro áreas da população de Canitar - SP.

Micro área	média	dp	min.	max.	mediana	ic 95%
Jd. Ipê, Jd. Primavera, Manoel Cabete	29,65	19,31	0	86	27	28,23 - 31,06
Jd. Primavera	30,89	20,57	0	93	27	29,18 - 32,60
Centro	33,53	21,88	0	96	30	31,95 - 35,11
Antonio Bernardo, Jd. das Flores	29,34	20,36	0	87	27	27,76 - 30,93
Alvorada, CDHU	26,63	18,34	0	80	23	25,43 - 27,82
Rural	28,48	20,41	1	87	26	26,20 - 30,76
Total	29,71	20,17	0	96	27	29,08 - 30,35

Tabela 3 – Distribuição das doenças e/ou os agravos à saúde e /ou condição referida que atinjam as pessoas situadas por micro áreas na população de Canitar – SP.

DOENÇA **	Micro área						Total
	Jd. Ipê, Jd. Primavera, Manoel Cabete	Jd. Primavera	Centro	Antonio Bernardo, Jd. das Flores	Alvorada, CDHU	Área Rural	
Doença Respiratória	42 (5,79%)	30 (5,13%)	36 (4,73%)	49 (7,05%)	65 (6,75%)	16 (4,65%)	238 (5,84%)
Artrite	0 (0,00%)	1 (0,17%)	9 (1,18%)	7 (1,01%)	3 (0,31%)	0 (0,00%)	20 (0,49%)
Insuficiência Renal	11 (1,52%)	2 (0,34%)	8 (1,05%)	5 (0,72%)	3 (0,31%)	2 (0,58%)	31 (0,76%)
Tetraplegia	1 (0,14%)	1 (0,17%)	1 (0,13%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (0,07%)
Câncer	2 (0,28%)	3 (0,51%)	3 (0,39%)	0 (0,00%)	2 (0,21%)	2 (0,58%)	12 (0,29%)
Paraplegia	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,14%)	1 (0,10%)	0 (0,00%)	2 (0,05%)
Hanseníase	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Malária	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Artrose	8 (1,10%)	9 (1,54%)	10 (1,31%)	16 (17,06%)	4 (23,64%)	2 (0,58%)	49 (1,20%)
Distúrbio da Fala	1 (0,14%)	2 (0,34%)	2 (0,26%)	7 (1,01%)	7 (0,73%)	0 (0,00%)	19 (0,47%)
Hepatite	1 (0,14%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (0,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (0,06%)
Obesidade	13 (1,79%)	5 (0,85%)	7 (0,92%)	14 (2,01%)	11 (1,14%)	5 (1,45%)	55 (1,35%)
Tuberculose	5 (0,69%)	2 (0,34%)	1 (0,13%)	3 (0,43%)	5 (0,52%)	0 (0,00%)	16 (0,39%)
Teníase	1 (0,14%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,29%)	2 (0,05%)
Anemia	10 (1,38%)	8 (1,37%)	11 (1,45%)	17 (2,45%)	8 (0,83%)	0 (0,00%)	54 (1,33%)
Epilepsia	5 (0,69%)	1 (0,17%)	5 (0,66%)	9 (1,29%)	4 (0,42%)	2 (0,58%)	26 (0,64%)
Acidente Vascular Cerebral	2 (0,28%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (0,86%)	6 (0,62%)	3 (0,87%)	17 (0,42%)
Doença Mental	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,13%)	9 (1,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	10 (0,25%)
Cardiopatia	16 (2,21%)	9 (1,54%)	20 (2,63%)	19 (2,73%)	20 (2,08%)	9 (2,62%)	93 (2,28%)
Diabetes	25 (3,45%)	33 (5,64%)	30 (3,94%)	12 (1,73%)	43 (4,47%)	12 (3,49%)	155 (3,81%)
Esquistossomose	1 (0,14%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,02%)
Deficiência Visual	62 (8,55%)	95 (16,24%)	131 (17,21%)	90 (12,95%)	87 (9,03%)	25 (7,27%)	490 (12,03%)
Alcoolismo	5 (0,69%)	3 (0,51%)	4 (0,53%)	10 (1,44%)	6 (0,62%)	2 (0,58%)	30 (0,74%)
Chagas	2 (0,28%)	2 (0,34%)	4 (0,53%)	4 (0,58%)	0 (0,00%)	2 (0,58%)	14 (0,34%)
Hipertensão	61 (8,41%)	67 (11,45%)	112 (14,72%)	85 (12,23%)	85 (8,83%)	39 (11,34%)	449 (11,02%)

** tem residentes que apresentam mais de uma doença e/ou os agravos à saúde e /ou condição referida.

Na Tabela 3 observa-se que 12,03% (n= 490) possuem deficiência visual (incluído todos os residentes que usam óculos), 11,02% (n=449) têm residentes com hipertensão, 5,84% (n=238) de residentes com doenças respiratórias e 3,81% (n= 155) com diabetes.

Tabela 4 – Onde os residentes procuram atendimento médico

Microárea	Farmácia	Hospital	Hospital/ Farmácia	Hospital/O utros	Hospital/ UBS	Hospital UBS/ Farmácia	Outros	UBS	UBS/ Farmácia	Total
Jd. Ipê, Jd. Primavera, Manoel Cabete	0 (0,00%)	16 (2,25%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	127 (17,84%)	5 (0,70%)	0 (0,00%)	561 (78,79%)	3 (0,42%)	712
Jd. Primavera	5 (0,87%)	33 (5,74%)	0 (0,00%)	3 (0,52%)	102 (17,74%)	0 (0,00%)	5 (0,87%)	418 (72,70%)	9 (1,57%)	575
Centro	0 (0,00%)	30 (4,01%)	0 (0,00%)	16 (2,14%)	125 (16,71%)	1 (0,13%)	21 (2,81%)	555 (74,20%)	0 (0,00%)	748
Antonio Bernardo, Jd. Das Flores	0 (0,00%)	23 (3,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	177 (25,65%)	0 (0,00%)	1 (0,14%)	489 (70,87%)	0 (0,00%)	690
Alvorada, CDHU	4 (0,43%)	27 (2,93%)	1 (0,11%)	0 (0,00%)	139 (15,09%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	746 (81,00%)	4 (0,43%)	921
Rural	0 (0,00%)	42 (12,21%)	4 (1,16%)	0 (0,00%)	44 (12,79%)	4 (1,16%)	2 (0,58%)	248 (72,09%)	0 (0,00%)	344
Total	9 (0,23%)	171 (4,29%)	5 (0,13%)	19 (0,48%)	714 (17,89%)	10 (0,25%)	29 (0,73%)	3017 (75,61%)	16 (0,40%)	3990 *

* Dados perdidos: são pessoas que não responderam, ou seja, pessoas que não se encontravam na residência.

Na Tabela 4 observa-se que 75,61% (n= 3017) da população buscam atendimento médico na Unidade Básica de Saúde.

Cruzamentos de variáveis e associações

O conjunto de dados utilizado é referente à totalidade do município. Isto é, os conjuntos das seis micro áreas foram unidos.

Associando gênero (masculino e feminino) **com hipertensão** (presença e ausência) observa-se pelo que o Chi Quadrado o p-valor < 0.0001 . Como o p-valor é menor que 0.05, rejeitamos a hipótese nula e concluímos que “Gênero” e “Hipertensão” estão associados. O gênero feminino possui uma tendência maior de ser hipertensa.

Tabela 5: Associação entre sexo e hipertensão

Sexo	Presença de Hipertensão		Total
	Pessoas com Hipertensão	Pessoas sem Hipertensão	
Feminino	276 (6.85%)	1725 (42.78%)	2001(49.63%)
Masculino	172 (4.27%)	1859 (46.11%)	2031(50.37%)
Total	448 (11.11%)	3584 (88.89%)	4032 (100.00%)

Associando faixa etária com hipertensão (presença e ausência) observa-se pelo que o Chi Quadrado o p-valor < 0.0001 . Ao analisar os resultados do teste Chi Quadrado, concluímos que “Faixa etária” e “Hipertensão” possuem uma forte relação. Conforme o aumento da classe da faixa etária, maior o número de hipertensos.

Tabela 6: Associação entre idade e hipertensão

Idade	Presença de Hipertensão		Total
	Pessoas com Hipertensão	Pessoas sem Hipertensão	
Até 20 anos	3 (0.08%)	1461(38.67%)	1464 (38.75%)
21 a 40 anos	47(1.24%)	1165 (30.84%)	1212 (32.08%)
41 a 60 anos	183 (4.84%)	552 (14.61%)	735 (19.45%)
61 anos ou mais	187 (4.95%)	180 (4.76%)	367 (9.71%)
Total	420 (11.12%)	3358 (88.88%)	3778 (100.00%)

Associando gênero (masculino e feminino) **com doenças respiratórias** (presença ou ausência) observa-se que a estatística Chi Quadrado forneceu um p-valor igual a 0.1468, isto significa que não podemos rejeitar a hipótese nula (que diz que as variáveis são independentes). Assim, concluímos que não existe uma relação significativa entre “Gênero” e “Presença de Doença Respiratória”.

Tabela 7: Associação entre sexo e doenças respiratórias

Sexo	Presença de Doenças Respiratórias		Total
	Pessoas com Doença respiratória	Pessoas sem Doença respiratória	
Feminino	129 (3.20%)	1873 (46.44%)	2002 (49.64%)
Masculino	109 (2.70%)	1922 (47.66%)	2031 (50.36%)
Total	238 (5.90%)	3795 (94.10%)	4033 (100.00%)

Associando faixa etária com doenças respiratórias (presença ou ausência) observa-se pelo Chi Quadrado o p-valor de 0.0006. Analisando os resultados, concluímos que a variável “Faixa etária” está relacionada com a variável

“Presença de Doenças Respiratórias”. Observamos que os residentes de até 19 e mais que 60 anos, sofrem mais com doenças respiratórias do que as outras classes. Esta conclusão se deve ao fato de que a porcentagem com até 19 anos e a porcentagem de mais de 60 anos possuem doenças respiratórias.

Tabela 8: Associação entre idade e doenças respiratórias

Idade	Presença de Doenças Respiratórias		Total
	Pessoas com Doença Respiratória	Pessoas sem Doença Respiratória	
Até 20	116 (3.07% 7.91%)	1351 (35.73% 92.09%)	1467 (38.80)
21 a 40 anos	56 (1.48% 4.62%)	1156 (30.57% 95.38%)	1212 (2.06%)
41 a 60 anos	33 (0.87% 4.49%)	702 (18.57% 95.51%)	735 (19.44%)
61 anos ou mais	27 (0.71% 7.36%)	340 (8.99% 92.64%)	367 (9.71%)
Total	232 (6.14%)	3549 (93.86%)	3781 (100.00%)

Associando gênero (masculino e feminino) **com deficiência visual** (presença ou ausência) observa-se que a estatística Chi Quadrado forneceu um p-valor < 0.0001. O teste Chi Quadrado indicou que a variável “Gênero” está associada a variável “Presença de Deficiência Visual”. Os dados demonstram que mulheres possuem uma tendência maior de apresentar deficiência visual do que homens.

Associando faixa etária com deficiência visual (presença ou ausência) observa-se pelo Chi Quadrado o p-valor <0.0001. Através do teste Chi Quadrado, concluímos que “Faixa etária” está associada a “Presença de Deficiência Visual”. A porcentagem dos residentes à classe de idade “40 a 59 anos” e a porcentagem dos residentes pertencentes à classe de idade “60 anos ou mais” possuem presença de deficiência visual. O que nos mostra que quanto maior a idade, maior a tendência de apresentar alguma deficiência visual.

Tabela 9: Associação entre idade e deficiência visual

Idade	Presença de Deficiência Visual		Total
	Pessoas com Doença Visual	Pessoas sem Doença Visual	
Até 20 anos	69 (1.83% 4.71%)	1395 (36.92% 95.29%)	1464 (38.75%)
21 a 40 anos	102 (2.70% 8.42%)	1110 (29.38% 91.58%)	1212 (32.08%)
41 a 60 anos	154 (4.08% 20.95%)	581 (15.38% 79.05%)	735 (19.45%)
61 anos ou mais	139 (3.68% 37.87%)	228 (6.03% 62.13%)	367 (9.71%)
Total	464 (12.28%)	3314 (87.72%)	3778 (100.00%)

Associando gênero (masculino e feminino) **com diabetes** (presença ou ausência) observa-se que a estatística Chi Quadrado forneceu um p-valor igual a 0.0028. Pelo teste Chi Quadrado, podemos concluir que as variáveis “Gênero” e “Presença de Diabetes” são associadas. Analisando os dados, vemos que possuem uma tendência maior de apresentar Diabetes no gênero feminino do que no gênero masculino. Percebe-se isso através das porcentagens das mulheres serem maior com presença de diabetes, enquanto dos homens é mais baixa com presença de diabetes.

Associando faixa etária com diabetes (presença ou ausência) observa-se pelo Chi Quadrado o p-valor < 0.0001. Analisando os resultados é possível notar o incremento no número de residentes que apresentam diabetes conforme passamos para classe de pessoas mais velhas. O teste Chi quadrado confirma a associação entre as variáveis “Faixa etária” e “Presença de Diabetes”.

5. DISCUSSÃO

No Brasil, a reorganização do setor da saúde tem como marco legal a criação o Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Brasileira de 1988.

A Saúde da Família é uma estratégia de organização da atenção básica no SUS e que tem como base fundamental de sua ação a territorialização, com um enfoque na determinação de necessidades sociais e epidemiológicas da população adstrita.

O programa centra sua atenção na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes do programa uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas. Esta estratégia está estruturada a partir da unidade de família com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada e desenvolve ações de promoção e de prevenção da saúde, tratamento e reabilitação dos agravos (ABC Saúde, 2009).

Vários estudos demonstraram que as condições econômicas e sociais contribuem para a ocorrência de certos tipos de doenças, ou seja, demonstraram a importância da identificação das doenças, assim como os riscos sociais no risco à saúde (Rouquayrol & Almeida, 1999; Poulton et al., 2002; Radis, 2003; Nascimento et al., 2007).

O local selecionado pela pesquisadora para esta pesquisa foi o município de Canitar/SP. De acordo com os dados coletados pelo questionário, e após análise estatística descritiva e estimativa, apresentado na Tabela 1, constata-se que a população (residentes/habitantes) é: semelhante em gênero masculino (50,36%, n=2051) e feminino (49,64%, n=2022); faixa etária com grande variabilidade (0 a 96 anos), com acentuada presença de residentes/habitantes com idade inferior a 30 anos (54,87%, n=2120) e 18,76%, n=725 com faixa etária superior a 49 anos; predominando estado civil solteiro (50,40%, n=2002); religião

da maioria da população de católicos (63,25%, n=2446) sendo que o município tendo 16 igrejas evangélicas e somente 01 católica; a maioria dos residentes/habitantes com ensino fundamental incompleto (61,12%, n=2089).

Os dados sugerem que o gênero é semelhante tanto no município, tanto nas micro áreas.

A média da faixa etária considerando as 6 micro áreas teve pequena variabilidade (26,63 a 33,53 anos), com mediana variando entre 23 e 30 anos (Tabela 2) comparando com a totalidade da faixa etária média de 29,71 anos com mediana de 27 anos.

Os dados sugerem que o município possui uma população jovem e predominantemente de solteiros.

As prevalências no município de Canitar/SP, das doenças e/ou os agravos à saúde e /ou condição referida identificadas foram: 12,03% (n=490) com deficiência visual (incluído todos os residentes que usam óculos); 11,02% (n=449) com hipertensão; 5,84% (n=238) com doenças respiratórias, sendo que o município é circunvizinho de plantações de cana-de-açúcar, tendo constantemente queima da cana e aviões aplicando veneno; e 3,81% (n= 155) com diabetes (Tabela 3). A maioria dos residentes (75,61%, n= 3017) busca atendimento médico na Unidade Básica de Saúde, visto que é uma população com baixo poder econômico, e depende do atendimento público.

Os dados sugerem que há grande número de doenças respiratórias, e são devidos as queimadas freqüentes na região devido as plantações de cana-de-açúcar.

Segundo a OMS, cerca de 1% da população mundial apresenta algum grau de deficiência visual, mais de 90% destes encontram-se nos países em desenvolvimento (DE MASI, 2002).

Nos países desenvolvidos, a população com deficiência visual é composta por aproximadamente 5% de crianças, enquanto os idosos são 75% desse contingente (Murray,1996).

Ao contrário do que parecia no início da pesquisa, devido ao grande número (16) de igrejas evangélicas e somente (01) igreja católica, a maioria da população são católicos; na saúde, é grande a resistência e adesão a certos procedimentos e programas, como a vacinação em adultos.

Associando **hipertensão** com gênero e hipertensão com faixa etária, em ambos apresentou associação ($p < 0,0001$), sendo o gênero feminino possui uma tendência maior de ser hipertensa, assim como aumentando a faixa etária, maior o número de hipertensos. A prevalência de hipertensos em Canitar foi de $n=449$, 11,02% dos residentes. Os resultados demonstram que a prevalência de mulheres hipertensas no município de Canitar e do Brasil está na mesma proporção. Demonstram também que a faixa etária e presença de hipertensão, possuem uma forte relação, ou seja, com o aumento da idade, maior o número de hipertensos. Os dados coletados podem sugerir que nesta pesquisa sobre hipertensão pode haver um viés, pois pacientes com somente crise hipertensiva, não são considerados hipertensos, e também pode haver os casos não identificados, ou seja, pacientes que não foram detectados e cadastrados.

Em 2007, a primeira causa de óbito na Região de Saúde de Ourinhos foram as Doenças do Aparelho Circulatório, situação semelhante a do Estado e da região do Departamento Regional de Saúde, sendo que a segunda e terceira causa difere do Estado e da Região. A região de Ourinhos tem como segunda causa de óbito Sinais e Sintomas Mal definidos o que pode inferir um inadequado preenchimento do atestado de óbito (DRS IX, 2008).

A hipertensão arterial é um agravo à saúde, principalmente para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25% e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de

maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (NASCIMENTO, 2004).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram à primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (Lopes, 1996).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão (Laurenti, 1981).

Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce. Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade (Hennengfield, 1993).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2% e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Esses estudos de prevalência são importantes fontes de conhecimento da frequência de agravos na população, e servem também, para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções (Passos et al., 2011).

Associando **doença respiratória** com gênero, constatamos que não existe associação. Associando doença respiratória com faixa etária, constatamos associação e os residentes de até 19 anos e mais que 60 anos, sofrem mais com

doença respiratória do que as outras faixas etárias. A prevalência de doença respiratória em Canitar foi de n=238, 5,84% dos residentes, sendo que os estes dados com resultados da Região Sudeste e Sul do Brasil, pois apresentam maior número de casos de doenças respiratórias devido a fatores climáticos, maior prevalência de tabagismo e poluição.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem no mundo cerca de 300 milhões de asmáticos, 210 milhões de pessoas acometidas pela DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e 100 milhões sofrem de distúrbio respiratório do sono. Além disso, a cada ano, 8 mil novos casos de tuberculose são registrados no Brasil, um dos países recordistas em casos da doença.

A incidência de doenças alérgicas respiratórias, como rinite e asma, também vem aumentando gradativamente. Nos últimos 20 anos, segundo o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2007), este aumento atingiu 40% em alguns países. No Brasil, por exemplo, são em média oito mortes por dia por complicações relacionadas à asma, ou 2.500 óbitos ao ano.

A asma representa um dos maiores gastos do Sistema Único de Saúde (SUS), superior, inclusive, à AIDS. Dados do SUS revelam que são mais de 367 mil autorizações de internações hospitalar (AIH) ao ano decorrentes de asma. Somadas, asma, pneumonia e DPOC representam 12% de todas as AIHs no país, ou gastos superiores a R\$ 600 milhões de reais por ano aos cofres públicos (Londres, 2010)

É na região Sudeste do país que mais pessoas morrem em decorrência de doenças respiratórias. Em todo o país, as mortes por esse tipo de problema ficam em quarto lugar, atrás de doenças do aparelho circulatório (infartos e derrames), neoplasias (câncer) e causas externas (acidentes e violência). Apenas no Sudeste, as mortes por problemas respiratórios sobem para terceiro lugar e as causas externas caem para a quarta colocação. Os dados fazem parte do estudo Saúde no Brasil 2009, apresentado pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2010).

As regiões Sudeste e Sul têm estações mais marcadas e por isso têm maior relação com mortes por doenças respiratórias. Além disso, é nessas regiões que há maiores prevalência de tabagismo. A questão da poluição também tem influência nisso, principalmente em algumas regiões como São Paulo, mas os fatores climáticos e o tabagismo têm influência maior.

Associando **deficiência visual** com gênero e deficiência visual com faixa etária, em ambos apresentou associação ($p < 0,0001$), sendo o gênero feminino possui uma tendência maior de apresentar deficiência visual do que os homens, assim como maior a idade, maior a tendência de apresentar alguma deficiência visual. Em Canitar 12,03%, $n = 490$ da população de acordo com a pesquisa tem deficiência visual, a maioria com maior idade (uso ou não de óculos), visto que a estimativa da Organização Mundial da Saúde é que 1% da população no Brasil é formada por deficientes visuais, sendo que a OMS não preconiza o que considerar como deficientes visuais.

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, 1% da população do Brasil é formada por deficientes visuais, ou seja, 1,7 milhão de pessoas. No entanto, dados do Censo demográfico do ano 2000 (IBGE, 2000) apontam para números diferentes. De acordo com o estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), há 11,8 milhões de brasileiros com deficiência visual, dos quais cerca de 160 mil possuem incapacidade total de enxergar. O deficiente visual enfrenta inúmeros obstáculos em seu processo de inclusão na sociedade, sendo para eles ainda mais difícil o acesso à informação, educação, cultura e ao mercado de trabalho (Deficiente Visual no Brasil, 2011).

Associando **diabetes** com gênero e diabetes com faixa etária, em ambos apresentou associação ($p < 0,005$), sendo o gênero feminino possui uma tendência maior de apresentar diabetes do que no gênero masculino, assim como maior a idade, maior a tendência de apresentar diabetes.

Atualmente, o diabetes melitus afeta 246 milhões de pessoas em todo o mundo, o que representa 6% da população mundial, atingindo uma proporção de 20% em maiores de 60 anos. Estima-se ainda que a doença deva atingir 7% da

população mundial no ano de 2025, com aproximadamente 380 milhões de pessoas portadoras da doença e que 80% dos portadores da doença vivam nos países em desenvolvimento (Franco et al., 2003).

A incidência de doenças crônicas, como o diabetes, vem aumentando tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento e ocupa o primeiro lugar em causa morte. Considerando que estamos vivendo uma pandemia de diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias, e que isso representa uma grande ameaça à saúde pública para este milênio. É necessária a conscientização dos dirigentes e profissionais de saúde para diminuir os efeitos nocivos destas doenças. Isso tem despertado a atenção da comunidade científica e dos profissionais de saúde pública a fim de que o diagnóstico seja realizado precocemente, antes que se instalem as complicações das doenças (Torquato, 2003).

Essa alta prevalência de diabetes mellitus representa um grande impacto nos custos da saúde pública e na assistência médica hospitalar. Trata-se de uma doença crônica que contribui em 40% para a morbimortalidade das doenças cardiovasculares, que é uma das primeiras causas de morte no mundo atual. Ademais, é a primeira causa de internação que leva a complicações vasculares como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, e ainda está como a primeira causa de cegueira no mundo e a primeira causa de insuficiência renal. Isso tem um alto custo para os cofres públicos (Franco et al., 2003).

6. CONCLUSÃO

Os agravos à saúde em Canitar/SP com alta prevalência foram: deficiência visual (incluído todos os residentes que usam óculos), hipertensão, doenças respiratórias e diabetes; e sua relação com os fatores demográficos (gênero, faixa etária, estado civil, religião, escolaridades), e observou-se que as patologias sistêmicas prevalentes no município estudado não diferem das patologias prevalentes no estado de São Paulo, nem no Brasil, uma vez que sua diminuição tem a ver com questões culturais e de mudanças de hábitos.

Conclui-se que o município necessita intensificar as ações desenvolvidas nos projetos e programas voltados para as pessoas acima de 40 anos do gênero feminino, visto que a hipertensão arterial, deficiências visuais e diabetes, acometem mais essa faixa etária e gênero, enquanto a doença respiratória não está associada com gênero e em relação a faixa etária apresenta na faixa etária mais nova e mais velha. Porém há necessidade de desenvolver programas de promoção e prevenção para as faixas etárias anteriores, para prevenir futuros acometimentos pelas patologias.

Dessa forma, faz-se necessário cada vez mais investir em promoção e prevenção de saúde visando uma melhora na qualidade de vida da população. Somente assim, as futuras gerações poderão ter atitudes mais saudáveis, evitando os fatores de risco para patologias sistêmicas com atividade física regular, bons hábitos alimentares e equilíbrio das atividades rotineiras.

REFERÊNCIAS

ABC Saúde. [acesso em: 30 de março de 2009].Disponível em: <http://www.abcsaude.com.br/artigo.php268/busato>

Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do programa saúde da família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Cad. Saúde Pública. 2008;24(9):2131-140.

Atenção básica. Saúde da família; [acesso em: 05 de julho de 2011] . Disponível em: <http://dab.saude.gov.br>.

David Murray. *Angels and Devils*. White Orchid Press (1996).

Deficiente Visual no Brasil. Sociedade bíblica do Brasil. 2011; [acesso em 14 de julho de 2011]. Disponível em: <http://www.sbb.org.br/interna.asp?areaID=143>.

De Masi, I. 2002. *Formação de Professor: Deficiente Visual, Educação e Reabilitação*. Programa Nacional de Apoio à Educação de Deficientes Visuais. Ministério da Educação Secretaria de Educação Especial. São Paulo

Departamento Regional de Saúde IX Marília (2008). [acesso em 14 de julho de 2011]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/departamento-regional-de-saude-ix-marilia>

Fernandes LSP. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev. saúde pública. 2005;39(6):930-6

Franco LJ, Goldenberg P, Schenkman S. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre sexos. Rev. Bras. Epidemiol. 2003;6(1):18.

Guia de vigilância epidemiológica. Ministério da saúde. Brasília. 2007: 15-18; [acesso em: 26 de julho de 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2005. Censo demográfico do ano 2000. Ministério do Planejamento. [acesso em: 26 de julho de 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm

Hennengfield, J. E.; Cohen, C.; Pickworth, W. B. Psychopharmacology of nicotine. In: Orleans, C. T.; Slade, J. (Org.) Nicotine Addiction: principles and management. New York: Oxford University Press, 1993

Laurenti R (a). Evolução da mortalidade por doença isquêmica do coração no município de São Paulo, 1980 a 1981. Arq Bras Cardiol 1986; 46:153-6

Londres M. Saúde do Brasil. Ministério da saúde. Brasília. 2010; [acesso em: 19 de julho de 2011]. Disponível em: <http://noticias.r7.com/saude/noticias/sudeste-tem-mais-mortes-por-problemas-respiratorios-20101214.html>

Lopes AA. Raça e hipertensão arterial. Hiperativo 1996; 3: 153-72

Ministério da Saúde. 1991. Brasília. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB – SUS/91/96

Ministério da Saúde. 2007. Data SUS departamento de informática do SUS. [acesso em: 26 de julho de 2011]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias na unidade de saúde da família em Vitória, ES. Brasil. Rev Ciência e Saúde Coletiva, 2007.

Nascimento, Fátima; Aquino, Márcia Maria Auxiliadora. Intervenção educativa na hipertensão gestacional. Revista Nursing, v. 84, n. 8, 2004. p. 230- 233.

Organização Nações Unidas (ONU). 2002; [acesso: 26 de julho de 2011]. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/>

Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional, Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006;15(1):35 – 45. [Acesso em 27 de julho de 2011]. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v15n1/pdf/v15n1a02.pdf>.

Poulton R, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR, Moffit TE. Associação entre a experiência das crianças com carências socioeconômicas e a saúde do adulto: um estudo de ciclo de vida. Lancet. 2002; 360:164-5.

Radis. Comunicação em saúde. O Brasil em números: pesquisa mundial de saúde 2003, n. 23, jul 2004, p. 14-33.

Rouquayrol MA, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde, 5ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SAS. Institute System for Information. Versão 6.11. Carry, 2001.

Sistema de Mortalidade (SIM). Ministério da Saúde. 2007; [acesso em: 26 de julho de 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>

Tabwin. Data SUS Departamento de informática do SUS. Ministério da saúde. 2008; [acesso em: 26 de julho de 2011]. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040805>

Torquato MT. Prevalência de diabetes mellitus e intolerância a glicose na população urbana entre 30-69 anos em Ribeirão Preto. Med j. São Paulo. 2003; 121(6):224-30

Anexo 1

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Identificação das patologias sistêmicas prevalentes de um município no interior paulista"**, protocolo nº 001/2010, dos pesquisadores Cássia Cristina Borges Palhas e Dagmar de Paula Queluz, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 02/03/2010.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"Identification of the systemic pathologies prevalence from São Paulo state"**, register number 001/2010, of Cássia Cristina Borges Palhas and Dagmar de Paula Queluz, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 03/02/2010.



Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP



Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.

Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

Anexo 2

Questionário para Territorialização

Micro : Família:
 Rua: n° Bairro:
 Entrevistador: Data da entrevista:

Em caso de Doença Procura	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros – Especificar	

Identificação	Gênero	Faixa etária	Estado Civil	Religião	Escolaridade	Doenças / agravos à saúde /condição referida (sigla)

Siglas para a indicação das doenças e/ou agravos à saúde e/ou condições referidas

ALC – Alcoolismo	EPI – Epilepsia	HAN – Hanseníase
CHA – Chagas	GES – Gestação	MAL – Malária
HÁ – Hipertensão Arterial	OB - Obesidade	TAB - Tabagismo
DIA – Diabetes	TB - Tuberculose	DPR – Depressão
ESQ – Esquistossomose	TN - Teníase	CA – Câncer
DV – Deficiência Visual	DA – Deficiência Auditiva	DR – Doença Respiratória
AVC – Acidente Vascular Cerebral	ATO – Artrose	AT - Artrite
DM – Doença Mental	DF – Distúrbios de Fala	DP – Distúrbios Psicológicos
CP – Cardiopatias	HP – Hepatite	IR – Insuficiência Renal
AN – Anemia	PP – Paraplegia	TP - Tetraplégica